

Estimado Asegurado: para cirugías programadas deberá presentar este formulario debidamente completado por el médico tratante con cinco días de anticipación. En caso de emergencias, favor presentarlo en un máximo de 24 horas posteriores a la cirugía. Al no cumplir estos requisitos la compañía se reserva el derecho de pago.

## DATOS GENERALES

Nombre del Patrono o Contratante

No. De Póliza

No. De Certificado

Nombre del Asegurado Titular

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Motivo de la Hospitalización

Accidente ( ) Enfermedad ( ) Embarazo ( )

En caso de accidente, indique el lugar y fecha en que ocurrió el evento

Día

Mes

Año

Describa cómo sucedió el accidente

En caso de enfermedad, en su opinión cuándo iniciaron los primeros síntomas

Día

Mes

Año

Médico o Médicos Tratante(s) (indicar especialidades)

## RESUMEN HISTORIAL CLÍNICO (PUEDE ANEXAR DOCUMENTACIÓN)

Historia Clínica

Antecedentes Personales (AP)

Examen Físico

Reporte de exámenes y estudios realizados

Diagnósticos

ICD	Diagnóstico	Fecha

Procedimiento quirúrgico o tratamiento a realizar

CPT	Procedimiento	Honorarios

Procedimiento Hospitalario ( )

Procedimiento Ambulatorio ( )

## SECCIÓN A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

COSTOS MÉDICOS E INSUMOS ESTIMADOS			
Honorarios Quirúrgicos USD\$	(IVA incluido)	Honorarios Anestesia USD\$	(IVA incluido)
Honorarios Patología USD\$	(IVA incluido)	Otros USD\$	(IVA incluido)

Ver.02

Exámenes o estudios a realizar previo al procedimiento/tratamiento	USD\$ (IVA incluido)
Insumos, equipos, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación (anexar cotizaciones)	USD\$ (IVA incluido)

COSTOS HOSPITALARIOS					
Hospital		Fecha de internamiento	Día	Mes	Año
Días estimados de hospitalización		Costo estimado de la cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria):	USD\$ (IVA incluido)		

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

\_\_\_\_\_  
Email donde remitir respuesta

## SECCIÓN A SER COMPLETADA POR LA ASEGURADORA

COSTOS MÉDICOS E INSUMOS ESTIMADOS			
APROBADO ( )		NO APROBADO ( )	
Honorarios Quirúrgicos USD\$	(IVA incluido)	Honorarios Anestesia USD\$	(IVA incluido)
Honorarios Patología USD\$	(IVA incluido)	Otros USD\$	(IVA incluido)
Exámenes o estudios a realizar previo al procedimiento/tratamiento			USD\$ (IVA incluido)
Insumos, equipos, materiales y/o medicamentos especiales a utilizar en la operación (anexar cotizaciones)			USD\$ (IVA incluido)
Costo estimado de la cuenta hospitalaria (anexar cotización hospitalaria):			USD\$ (IVA incluido)
Observaciones			

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello de autorización

\_\_\_\_\_  
Fecha de resolución

	<b>CRÉDITO</b>	<b>HOSPITALARIO</b>
<b>APROBADO ( )</b>	<b>NO APROBADO ( )</b>	

Todo ingreso hospitalario deberá ser presentado y reportado al correo [reclamospersonassv@assanet.com](mailto:reclamospersonassv@assanet.com) inmediatamente ocurra el ingreso.

Observaciones

---

Nombre, firma y sello de autorización

---

Fecha de resolución